

Rock Brook School 2021-2022  
Formulario de Divulgacion Medica

Información del Estudiante

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Residencia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre/Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono celular de la madre: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular del Padre: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Doy permiso para que la oficina de salud de Rock Brook School contacte los siguientes doctores en referencia al tratamiento o cuidado de mi hijo(a) anteriormente mencionado**

Informacion del Medico Proveedor

Licenciado Médico Proveedor: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina Médica (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Licenciado Médico Proveedor: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina Médica (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Licenciado Médico Proveedor: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Tel. Oficina Médica (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Medicaciones Diarias:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la enfermera de RBS: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_